

.....  
/pieczęć ośrodka zdrowia/

.....  
/miejsowość, data/

### Zaświadczenie lekarskie

Imię i nazwisko .....

data urodzenia .....

zamieszkały/a .....

Stwierdzam:

- 1) brak przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach ruchowych (kinezyterapii)/ sportowo – rekreacyjnych i aktywizujących w Dziennym Domu „Senior+” z siedzibą w Tarnobrzegu,

tak       nie

\*właściwe pole zaznaczyć znakiem „X”

- 2) wystąpienie przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach w Dziennym Domu „Senior+” z siedzibą w Tarnobrzegu:

ruchowych (kinezyterapii)\*

sportowo – rekreacyjnych\*

aktywizujących\*

\*właściwe pole zaznaczyć znakiem „X”

.....  
/pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie/